

## تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان اضطراب و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال حمله هراس

طیبه مالمیر\*✉، حسین ابراهیمی مقدم\*\*، فریبا رحمانی\*\*\*

و زهرا رمضانعلی‌زاده\*\*\*\*

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی کارایی آموزشی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پرخاشگری و اضطراب بیماران مبتلا به هراس انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش بیماران ۲۰-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره و درمانی و کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند، که براساس تشخیص بالینی روان‌پزشک معالج، افراد مبتلا به اختلال هراس شناسایی شده و با استفاده از روش غربالگری مقیاس‌های اضطراب اسپیلبرگر و پرخاشگری باس و پری، به شیوه در دسترس، ۲۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به دفعات ۶ جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره، پرسشنامه‌ها مجدداً در هر دو گروه اجرا و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون از طریق آزمون کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها به واسطه تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بین نمره‌های دو گروه تفاوت معناداری را نشان دادند. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان روش آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان شیوه‌ای مؤثر و کارآمد با قابلیت کاربرد وسیع در بهبود اضطراب و پرخاشگری بیماران مبتلا به اختلال حمله هراس به کار برد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، اختلال حمله هراس، پرخاشگری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، باشگاه

پژوهشگران جوان و نخبگان، رودهن، ایران، tayebehalmir1@gmail.com

\*\* دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

\*\*\* دانش‌آموخته کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، رودهن، ایران.

\*\*\*\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز واحد الکترونیک، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۷/۲۳

### مقدمه

اضطراب یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی به شمار می‌رود، به طوری که در ایالات متحده آمریکا از هر چهار نفر یک نفر به اختلالات اضطرابی مبتلا است. حمله‌هراس با اختلالات روانی بسیاری در ارتباط بوده و در واقع عامل مهمی در بهزیستی ذهنی، سلامت روانی (بائودو و مولیناری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴) و جسمانی (فاروید<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴) به شمار می‌رود، به طوری که حداقل بخشی از فعالیت‌های روزمره شخص را مختل می‌کند، این اختلال با حمله ناگهانی ترس و وحشت و نگرانی شخص از وقوع مجدد آن‌ها مشخص می‌شود. این حملات که معمولاً بیش از چند دقیقه طول نمی‌کشند با علائمی چون تپش قلب، عرق کردن و احساس تنگی و فشردگی در قفسه سینه همراه است. (شانون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲) و فرد در متوقف کردن نگرانی اش با اشکال مواجه می‌شود (زندکریمی، یزدی و خسروی، ۱۳۹۵) عوارض ناشی از ترس و اضطراب توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است (بار-شای کرینین و مارمور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ گلاور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ متی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). افراد مبتلا به حمله‌هراس کمابیش ادراک پایینی از پذیرش اجتماعی، جاذبه روماتیک و حمایت دیگران نشان می‌دهند، به طوری که فرد به شدت منفعل می‌شود، برخی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود صرف‌نظر کنند، این افراد با اضطراب بالایی که دارند در مقایسه با دیگران، احساس کفایت و صمیمیت کم‌تر و پرخاشگری بیشتر را نشان می‌دهند. اثر نامطلوب این حالت در رفتارهای بین فردی و حالات درونی و روانی فرد نمایان می‌شود (فیوریلو، مک لین، پیستورلو و فولت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). این اختلال با بسیاری از جنبه‌های سلامتی و بهزیستی در ارتباط است و به همین دلیل است که این اختلال مطالعات زیادی را در حوزه روان‌شناسی به خود اختصاص داده است (بائودو، مولیناری، ۲۰۱۴).

باورهای هراس نظیر فاجعه بدنی، اضطراب انتظار و نارضایتی از خود باورهایی هستند که

- 
1. Baudo & Molinari
  2. Farvid
  3. Shannon
  4. Bar-Shai, Kreinin & Marmor
  5. Glaover
  6. Matthey
  7. Fiorillo, McLean, Pistorello, Hayes, Victoria & Follette

موجب افزایش احتمال واکنش‌های فاجعه‌آمیز نسبت به احساسات می‌شوند و به برانگیختگی و پرخاشگری بدنی و کلامی منجر می‌شوند. آنچه باعث توجه محققان به رفتارهای پرخاشگرانه شده است، اثر نامطلوب آن بر رفتارهای بین فردی و همچنین اثر ناخوشایند آن بر حالات درونی و روانی فرد است (فیوریلو، مک لین، پیستورلو و فولت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). روان‌شناسان پرخاشگری را رفتاری می‌دانند که از روی قصد و عمد برای صدمه زدن به خود یا دیگران انجام شده باشد (یعقوبی، سهرابی و مفیدی، ۱۳۹۰). خشم، به‌طور غیرمستقیم به وجود یک ایراد کلی در زندگی فردی یا خارج از آن دلالت می‌کند، بیشتر اوقات عصبانیت نتیجه فرعی داشتن حس نادیده گرفته شدن، تنها ماندن، خوار شدن، غیر منصفانه قضاوت شدن، مورد خیانت قرار گرفتن یا از نظر احساسی ترک شدن است. خشم نشانه‌ای از چنین فشارهایی است و تا حد امکان باید آن را با خونسردی و منطق پاسخ داد (فیوریلو و همکاران، ۲۰۱۶). خشم می‌تواند به اشکال دیگری چون ضعف، بی‌ارادگی و تسلیم نیز بروز کند. ترک کردن احساسات و زندگی مانند یک مرده متحرک نیز برای یک فرد همان‌قدر خطرناک خواهد بود و در یک کلام، روابط بین فردی را خواهد کشت (یعقوبی، سهرابی و مفیدی، ۱۳۹۰). بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد، نتایج منفی اجتماعی، عاطفی و فیزیکی برای قربانیان خشونت و کسانی که مرتکب رفتار پرخاشگرانه می‌شوند در حوزه‌های رفتاری و روان‌شناختی بسیار مخرب است (دوکز، استین وزان، ۲۰۰۹<sup>۲</sup> به نقل از حسامی، شهینی و مروتی، ۱۳۹۵).

اخیراً رویکردی به نام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ادبیات پژوهشی گسترش یافته که در افزایش کیفیت زندگی (واولس، فینک و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ سواين، هنکوک، هینزروتو بوومن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳) مؤثر است. در این روش به علت ساز و کار نهفته اش مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد (گوتزیت، ۲۰۱۴). تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است. هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. این درمان بیماران را

- 
1. Fiorillo, McLean, Pistorello, Hayes, Victoria & Follette
  2. Dukes, Stein & Zane
  3. Vowles, Fink & Cohen
  4. Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman

تشویق می‌کند تا در موقعیت‌هایی که اضطراب را تجربه می‌کنند، باقی بمانند تا به این احساسات عادت کرده و یاد بگیرند که این احساسات فیزیولوژیکی حاکی از یک خطر قریب‌الوقوع نیست. این درمان نتایج مؤثر و امیدوار کننده‌ای نیز در رابطه با دامنه وسیعی از مشکلات نشان داده است. برای مثال در رابطه با اضطراب (سواين و همکاران، ۲۰۱۳)، درد مزمن (واولس و همکاران، ۲۰۱۴)، و افسردگی (بولمیجر، فلدروس، روکس و پیترز، ۲۰۱۱) از آن استفاده شده و نتایج مثبت و معناداری داشته است. در پژوهشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به شکل رو در رو و از طریق کنفرانس از راه دور در سربازان دارای درد مزمن (n=128) انجام شد و در پایان درمان و پیگیری ۶ ماه بعد، نتایج اولیه مقیاس تداخل درد پرسشنامه درد مختصر بود، نتایج ثانویه شامل اندازه‌های شدت درد، کیفیت سلامت فیزیکی و روانی زندگی، پذیرش درد، سطح فعالیت، افسردگی، اضطراب مرتبط با درد و کیفیت خواب می‌شود. هر دو گروه بهبودهای معناداری در نتایج اولیه و ثانویه نشان دادند (اسکات، لین لیو، توماس و ویلیامز، ۲۰۱۶)؛ غلامحسینی (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی ACT بر کاهش نشانه‌های اضطرابی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، نتایج نشان‌دهنده آن بود که انجام این درمان بر کاهش نشانه‌های اضطرابی در این زنان مؤثر بوده است. در یک مطالعه آزمایشی اثر یک دوره ACT را در دانشجویان دکترای بررسی کردند، نتایج افزایش‌هایی در دانش ACT در زمینه ماهیت این دوره و پیشرفت‌های نسبتاً کمی در رشد شخصی را در طی زمان نشان داد (دانیل، مویر، امی و مورال، ۲۰۱۶). در مطالعه‌ای دیگر پذیرفتگی، امکان‌پذیری و سودمندی مداخله ACT مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای درمان دشواری‌های روان‌شناختی مرتبط با آسیب در بازماندگان آسیب بین فردی بررسی کردند و نتایج حمایت اولیه‌ای برای انعطاف‌پذیری و مفید بودن این رویکرد ارائه می‌کند (دوال، کوری و مونستیز، ۲۰۱۶).

جستجوی پژوهش‌های انجام شده نشان داد که تاکنون هیچ مطالعه داخلی و خارجی مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش پرخاشگری و اضطراب افراد مبتلا به اختلال هراس انجام نشده، به خصوص استفاده از پروتکل درمانی (جاویپروکاراسکو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰) به چشم نمی‌خورد. به همین دلیل مطالعه حاضر به دلیل خلاء پژوهشی موجود و همچنین اهمیت توجه

به اضطراب و پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال حمله هراس، با هدف بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان اضطراب و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال حمله هراس و با استفاده از پروتکل درمانی (جاویروکاراسکو، ۲۰۰۰) انجام شد، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۶ جلسه پیاپی (۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش اجرا شد، لذا پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود میزان اضطراب و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال حمله هراس مؤثر است؟

## روش

این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. بدین منظور از بین بیمارانی که به برخی از مراکز مشاوره و درمانی کلینیک‌های روان‌پزشکی، بیماران ۲۰-۴۰ ساله یا انتخاب شدند که براساس تشخیص بالینی روان‌پزشک معالج مبتلا به حمله هراس شناسایی شده بودند و با استفاده از روش غربالگری مقیاس‌های اضطراب اسپیلبرگر و پرخاشگری باس و پری، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای ۲۰ نفره انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به دفعات ۶ جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره آموزشی، پرسشنامه‌ها مجدداً در هر دو گروه اجرا و داده‌های حاصل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون از طریق آزمون کوواریانس تحلیل شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره و درمان و کلینیک‌های روان‌پزشکی، که براساس تشخیص بالینی روان‌پزشک معالج، افراد مبتلا به اختلال هراس شناسایی شدند، که دارای پرونده فعال در ماه‌های فصل تابستان ۹۴ بودند. از جمله ملاک‌های دیگر عدم سابقه ابتلا به بیماری جسمی و اختلالات روان‌پزشکی دیگر، قرار نگرفتن تحت درمان دارویی یا روان‌درمانی هم‌زمان با آموزش، فقدان متارکه والدین، زندگی با خانواده اصلی و تمایل به رضایت مکتوب برای شرکت در طرح بود.



کرد و با استفاده از ضریب همسانی درونی، برای هر دو خرده مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ به دست آورد. برای روایی سازه پرسشنامه نتایج تحلیل عاملی نشان می‌دهد که آزمون اضطراب در هر دو مقیاس در دو عامل اضطراب و عدم اضطراب به ترتیب ۳۹/۲ و ۳۶/۲ درصد واریانس را تبیین می‌کند. در پژوهش حاضر در دو عامل اضطراب به ترتیب ۰/۱۴ و ۰/۵۷ درصد واریانس را تبیین می‌کند.

با استفاده از پروتکل درمانی (جاوید و کاراسکو، ۲۰۰۰) مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۶ جلسه پیاپی (۹۰ دقیقه) برای گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

شماره جلسه	اهداف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار و تکالیف خانگی
جلسه ۱	آشنایی با اعضای گروه، معرفی و سنجش، توضیح اختلال وحشت‌زدگی و اضطراب. آشنایی با تلاش برای کنترل و پی بردن به بهبودی آن	شکل‌دهی به گروه، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، اطلاعات در زمینه مشکل، تمثیل فرد افتاده در چاه، بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها.	به بیماران آموزش داده شد که تلاش برای کنترل احساسات و عواطفی شناسایی کند که وی را آزار می‌دهد. استراحت و پذیرایی و ارائه تکلیف ثبت تجربیات روزانه.
جلسه ۲	مروری بر تجارب جلسه قبل و شرح نتیجه جلسه قبل، دریافت بازخورد از مراجعان و اینکه درمانجو به این بینش برسد که راهبردهای کنترل او در مقابله با اضطراب تا کنون ناکارآمد بوده، دست کشیدن از تقلا و کشمکش با نشانه‌ها، آشنایی با مفهوم اینجا و اکنون (گشودگی و پذیرش) گشایش به معنای باز بودن و ایجاد فضا برای احساسات تکانه‌ها و حس‌های دشوار است تا در وجود مراجع بدون جدال جریان یابد، سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات	پارادکسها، مرور قراردادهای زبانی، تمرین ذهن آگاهی بامحویت ترس و اضطراب و آگاهی کامل از افکار و احساسات، تنفس دیافراگمی، راه رفتن آگاهانه، نشستن آگاهانه، خوردن کشمش	کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش، تمرین ذهن آگاهی
جلسه ۳	گشودگی و پذیرش) گشایش به معنای باز بودن و ایجاد فضا برای احساسات تکانه‌ها و حس‌های دشوار است تا در وجود مراجع بدون جدال جریان یابد، سنجش توانایی درمانجو برای گسلش از افکار و احساسات	استفاده از واژه (و) به جای (اما)، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان پی بردن به ذهن سرگردان، تمثیل همسایه مزاحم، مسافران اتوبوس، تمثیل شیر شیر شیر.	کاربرگ تمرین گشایش و تمرین ذهن آگاهی

شماره جلسه	اهداف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار و تکالیف خانگی
جلسه ۴	مرور تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد. مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود	بافتار انگاشتن خویش، تیشه به ریشه دلیل یابی زدن، تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف. بیان تفاوت خود مفهومی و خود مشاهده‌گر، تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج	تمرین مشاهده افکار، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد.
جلسه ۵	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به مراجع که چگونه ارزش‌ها «تمایل / پذیرش» را ارزشمند جلوه می‌دهند. درمانجو باید درک کند که تمایل داشتن برای فعال‌سازی رفتاری ضروری است.	بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، درباره مفهوم عود و آمادگی، برای مقابله با آن، شناسایی «ارزش‌های زندگی» و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها	تمرین روشن‌سازی ارزش‌ها، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، ارائه تکلیف: اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین شده.
جلسه ۶	ارزش‌گزینی، هدف‌گزینی و اقدام متعهدانه، جمع‌بندی کل جلسات	نقش انتخاب در اعمال متعهدانه استعاره باغبان، استراحت، موانع موجود اهداف و تمایل در پذیرش آن‌ها استعاره حباب در جاده، جمع‌بندی بحث‌ها و بررسی تمرین‌ها برای آینده، پس‌آزمون	کاربرگ موانع و راهکارهای مقابله‌ای، تمرین مدیریت زمان

## یافته‌ها

از جمع‌آوری اطلاعات اولیه، یافته‌های پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان از نظر وضعیت تحصیلی اکثراً (۵۶ درصد) دیپلم بودند. دامنه سنی آن‌ها بین ۲۰-۴۰ سال، که در گروه آزمایش با میانگین سنی ۲۸/۳۳ سال و در گروه کنترل با میانگین سنی ۲۹/۸۰ سال بودند. از نظر جنسیت در گروه آزمایش ۷ زن و ۳ مرد و در گروه کنترل ۶ زن و ۴ مرد شرکت کردند.

در بررسی سطح اضطراب و مقیاس‌های آن (اضطراب حالت (آشکار)، اضطراب صفت (پنهان)، در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. به‌طوری‌که میانگین اضطراب گروه آزمایش پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ۱۳۶/۷۰ به ۵۸/۸۰ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و براساس نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنوف، برای داده‌های پیش‌آزمون اضطراب کلی در گروه‌های نمونه مفروضه نرمال بودن برقرار است.



نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش تفاوت آشکاری در میانگین پرخاشگری و متغیرهای آن (پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت) در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. به طوری که میانگین پرخاشگری گروه آزمایش پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ۱۱۸/۹۰ به ۵۰/۴۰ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته و بر اساس نتایج آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای داده‌های پیش‌آزمون پرخاشگری تفاوت معناداری در داده‌ها مشاهده نمی‌شود و مفروضه نرمال بودن برقرار است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد و بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پرخاشگری و متغیرهای آن به تفکیک گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		کالموگراف اسمیرنوف
	SD	M	SD	M	
کنترل	۳۷/۹۰	۳۷/۸۰	۳/۳۶	۳۷/۸۰	پرخاشگری بدنی
آزمایش	۳۸/۲۰	۱۴/۹۰	۲/۱۸	۱۴/۹۰	
کنترل	۱۸/۹۰	۱۹/۱۰	۴/۲۸	۱۹/۱۰	پرخاشگری کلامی
آزمایش	۱۸/۴۰	۱۱/۴۰	۲/۸۷	۱۱/۴۰	
کنترل	۲۸/۸۰	۳۱/۰۰	۲/۲۶	۳۱/۰۰	خشم
آزمایش	۳۰/۵۰	۹/۰۰	۱/۷۶	۹/۰۰	
کنترل	۳۳/۶۰	۳۲/۴۰	۴/۱۹	۳۲/۴۰	خصومت
آزمایش	۳۱/۸۰	۱۵/۱۰	۲/۵۵	۱۵/۱۰	
کنترل	۱۱۹/۲۰	۸/۱۴	۱۰/۲۲	۱۲۰/۳۰	پرخاشگری
آزمایش	۱۱۸/۹۰	۱۰/۷۵	۷/۲۴	۵۰/۴۰	
کنترل	۶۸/۴۰	۳/۳۴	۳/۵۹	۶۸/۷۰	اضطراب آشکار
آزمایش	۶۸/۷۰	۴/۳۹	۴/۱۶	۲۹/۷۰	
کنترل	۶۹/۳۰	۳/۳۰	۵/۶۵	۵۸/۰۰	اضطراب پنهان
آزمایش	۶۸/۰۰	۶/۸۶	۴/۲۸	۲۹/۱۰	
کنترل	۱۳۷/۷۰	۴/۳۹	۵/۸۱	۱۳۶/۷۰	اضطراب کلی
آزمایش	۱۳۶/۷۰	۷/۰۷	۸/۲۴	۵۸/۸۰	

نتایج آزمون لوین با توجه به جدول ۳ نشان داد که در هیچ یک از مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌ها

از این مفروضه تخطی نشده است و فرض همگنی واریانس‌ها برای هر دو مقیاس و زیر مقیاس‌ها رعایت شده است. با توجه به نتیجه آزمون لوین در سطح معناداری بالاتر ۰/۰۵ است، آزمون مورد استفاده دارای همگنی بین واریانس به دست آمده است.

جدول ۳: آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

سطح معناداری	دامنه آزادی ۲	دامنه آزادی ۱	آزمون لوین	
۰/۴۲	۱۸	۱	۰/۶۶	اضطراب
۰/۶۴	۱۸	۱	۰/۲۲	پرخاشگری

در جدول ۴ حجم اتای به دست آمده نیز نشان از تأثیر بالای روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. دو گروه آزمایشی و کنترل در تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پرخاشگری افراد مبتلا به حمله هراس (با ثابت نگهداشتن اثر پیش‌آزمون) برابر با ۰/۰۰۰۱ است، که در نتیجه بین این دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. و این درمان باعث کاهش میزان پرخاشگری کلی در افراد مبتلا به حمله هراس شده، همچنین با توجه به میزان معناداری، حجم اثر برابر با ۰/۹۷۳ به دست آمد که با توجه به تعریف کوهن این حجم اثر بالاتر از ۰/۴ است، در نتیجه این میزان دارای حجم بالایی است.

جدول ۴: بررسی نتایج تحلیل کوواریانس بر اساس پرخاشگری کلی در پس‌آزمون گروه آزمایشی و کنترل با ثابت نگهداشتن اثر پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	دامنه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	حجم اثر
مدل تصحیح شده	۲۶۹۱/۹۸	۲	۴۵۱۳/۹۹	۳۰۶/۸۵	۰/۹۷		
اثر ثابت	۲/۲۱	۱	۲/۲۱	۰/۵۰	۰/۴۸	۰/۰۲	
پیش‌آزمون	۶۹/۹۳	۱	۶۹/۹۳	۱۵/۹۴	۰/۰	۰/۴۸	
پس‌آزمون گروه	۲۶۵۶/۶۷	۱	۲۶۵۶/۶۷	۶۰۵/۶۵	۰/۰	۰/۹۷	پس‌آزمون پرخاشگری کلی
خطا	۷۴/۵۶	۱۷	۴/۳۸				
کل	۱۶۶۵۳	۲۰					
کل تصحیح شده	۶۶۲۷/۵۵	۱۹					

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان پرخاشگری و اضطراب بیماران مبتلا به هراس انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که استفاده از این روش مداخله‌ای، باعث کاهش میزان پرخاشگری کلی، در افراد مبتلا به حمله هراس می‌شود. به اعتقاد شانن (۲۰۱۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک کند و به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی منجر شود. به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به مبتلایان کمک کرده تا مشکل خود را بپذیرند و بیاموزند که بر فعالیت‌های خود تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج سایر یافته‌های ایوانو و همکاران، (۲۰۱۶)، دوال و همکاران (۲۰۱۶)، همسو است، اما چرا مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخاشگری و اضطراب در افراد مبتلا به حمله هراس اثر دارد؟ این مسأله را می‌توان با استناد به نظریه‌ها و یافته‌های پیشین تبیین کرد. این افراد با اضطراب بالایی که دارند در مقایسه با دیگران، احساس کفایت و صمیمیت کم‌تر و پرخاشگری بیشتر را نشان می‌دهند، افراد پرخاشگر نسبت به افراد غیر پرخاشگر به احتمال بیشتری از سوی همسالان طرد شده، مرتکب جرم می‌شوند و رفتار ضد اجتماعی از خود نشان می‌دهند و در معرض خطر جدی سوء مصرف مواد قرار می‌گیرند؛ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر به صورت غیر مستقیم انجام می‌شود، این درمان به تغییر رفتار و افکار اقدام نمی‌کند، بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود می‌رساند (دوستی، غلامی و ترابی، ۱۳۹۵) انسان بدان دلیل مضطرب می‌شود که وضعیت موجود را رها می‌کند و درباره آینده و نقش‌های احتمالی که ایفا خواهد کرد به تفکر می‌پردازد. بنابراین، افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌خصوص در اختلال حمله هراس به دلیل اینکه نمی‌توانند ارزیابی‌هایشان را از مسائل تغییر دهند و تعبیر و تفسیرهای بدبینانه پایدار و مقاومی دارند که آن‌ها را از هرگونه ارزیابی مجدد باز می‌دارد (شیرمحمدی، کاکاوند، صادقی و حوزانی، ۱۳۹۵). با توجه به نتایج، در دانش ACT در زمینه ماهیت این دوره و پیشرفت‌های آن در رشد شخصی در طی زمان می‌توان نتیجه گرفت پذیرش و تعهد از طریق درک واقعی تجربیات و پذیرش آن‌ها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد کند (شارپ ۲۰۱۲). در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان عنوان کرد افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌خصوص در اختلال حمله هراس به دلیل اینکه نمی‌توانند ارزیابی‌هایشان

را از مسائل تغییر دهند و تعبیر و تفسیرهای بدبینانه پایدار و مقاومی دارند که آن‌ها را از هرگونه ارزیابی مجدد باز می‌دارد. ممکن است به‌صورت ثانویه دچار اختلالات ارتباطی، مشکلات شغلی و پرخاشگری شوند (فیوریلو، مک لین، پیستورلو و فولت، ۲۰۱۶). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک کرده تا بتوانند بیشتر با «تجارب زندگی اینجا و اکنون» خود در تماس باشند در مطالعه دیگری به‌دنبال بررسی این بود که چطور رفتارهای ارزشی بیماران در طی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تغییر می‌کند و چطور این تغییرات با عملکرد ارتباط دارند، و اینکه رفتارهای ارزشی براساس سطوح نشانه‌شناسی پیش از درمان تغییر کرده‌اند یا نه؟ (ورسب، لیب، اندریا، هایر، ویتچن و گلاستر، ۲۰۱۶).

فرایند دیگری که در این درمان بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها. بنابراین، قابل انتظار است که بتوانیم با روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، جنبه‌های سلامت روانی و اجتماعی این افراد را مورد اماج قرار دهیم.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم ادامه پژوهش در مرحله پیگیری به‌دلیل محدودیت زمانی اشاره کرد، گاهی افراد بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی در پاسخ دادن از خود نشان می‌دادند و برای ارائه تصویر بهتر از خود، پاسخ برخی از سؤالات را به‌درستی نمی‌دادند. محدود بودن تعداد جلسات کار بر روی تمامی جنبه‌های درمان اثر داشت. انتخاب نمونه پژوهش به‌صورت در دسترس نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل روبه‌رو کرد. با توجه به اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌شود، از مرحله پیگیری برای ارزیابی بهتر نتایج درمانی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود از این درمان در اختلالات دیگر نیز استفاده شود و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه و تبیین شود. همچنین در پژوهش‌های آینده در کنار ابزار پرسشنامه از مصاحبه‌های عمیق و روش‌های مشاهده‌ای نیز استفاده شود. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی قبل از اجرای پژوهش رضایت شرکت‌کننده‌ها کسب شد و به مراجعان اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست آمده از گروه نمونه محرمانه باقی می‌ماند.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم فناوری و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی رودهن، دانشجویان عزیز و تمام شرکت‌کنندگانی که ما را در این تحقیق یاری رساندند تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

## منابع

- دوستی، پیمان، غلامی، سحر و ترابیان، سحر (۱۳۹۵). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان مبتلا به اعتیاد اینترنتی، *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱): ۶۳-۷۲.
- حسامی، سحر، شهینی بیلاق، منیجه، مروتی، زکراه و ذوعالی پور، سیروس (۱۳۹۵). مقایسه دانش‌آموزان آزارپذیر، آزاررسان و عادی از لحاظ افسردگی، اضطراب، خشم و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان سال اول دبیرستان، *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۲): ۸۵-۱۰۶.
- زندکریمی، غزال، یزدی، سیده منور و خسروی، زهره (۱۳۹۵). تصمیم‌گیری و توجه اختصاصی در اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر، *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۴): ۷-۲۴.
- سامانی، سیامک (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴): ۳۶۵-۳۵۹.
- شیرمحمدی، فرهاد، کاکاوند، علیرضا، صادقی، میثم و حوزانی، راضیه (۱۳۹۵). نقش میانجی تفکر ارجاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی، *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۲): ۱۰۸-۱۲۹.
- عبدلی، نسرین (۱۳۸۴). بررسی عملی بودن اعتبار و روایی و نرمیابی سیاهه حالت صفت در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر کرمانشاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی چاپ نشده، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- غلامحسینی، سعید (۱۳۹۳). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطرابی در

- زنان مبتلا به سرطان پستان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روان‌شناسی.
- یعقوبی، کزال،، سهرابی، فرامرز و مفیدی، فرخنده (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه میزان پرخاشگری کودکان طلاق و عادی. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۱): ۹۷-۱۱۰.
- Abdoli N(2005). *Evaluate the reliability and validity of the State-Trait list in high school students of Kermanshah cityt*, M.A degree in Educational psychology,. Faculty of Psychology and Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch (Text in persian).
- Bar-Shai M., Kreinin, D. & Marmor, S (2014). Atypical presentations of pregnancy-specific generalized anxiety disorders in women without previous psychiatric background. *Psychosomatics*, 3 (2):34-44.
- Baudo, S. & Molinari, E. (2014). Characteristics of anxiety and psychological well-being in chronic post-stroke patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 4( 3): 56-59.
- Bohlmeijer, E., Fledderus, M., Rokx, T. & Pieterse, M. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1): 62-67.
- Bus, A. H. & perry, M. (1992).Th Aggression Questionnaire, *journal of personality and Clinical Psychology*, 63(3):452-459.
- Danielle N. Moyer, Amy R, Melissa L, Daniel S. (2016). Showing up for class: Training graduate students in acceptance and commitment therapy *journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1): 114-118.
- Deval C., Curie S., Jean- Monestès,L (2016).Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, In Press, Corrected Proof , 27( 1): 34-42.
- Dousti P., Gholami S. & Torabian S(2016). The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on aggression among students with internet addiction *Journal of Health and Care*18(1): 63-72(Text in persian)
- Farvid, M. (2014). Phobic anxiety symptom scores and incidence of type 2 diabetes in US men and women. *Brain, Behavior, and Immunity*, 36( 1):76-182.
- Fiorillo D., McLean C., Pistorello, J. Hayes., S.Victoria & M. Follette(2016).Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study,*Journal of Contextual Behavioral Science*, In Press, Accepted Manuscript, 6( 1): 104-113.
- Gootzeit, T. (2014). ACT process measures: specificity and incremental value. Dissertations: University of IowaIspilberger (1972). *Three coping strategies used*

by school-age children, 10(1): 25-28.

- Gholamhosseini S. (2014). *Effect of Acceptance and Commitment Therapy on reducing anxiety symptoms in women with breast cancer*, M.A degree in Educational psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch (Text in persian)
- Hesami, S. Shahini Yeylaq, M., Morovvati, & Zoalipour, Y. (2016). Comparison of victim, bullying and normal students in terms of depression, anxiety, anger and academic performance in high school first grade students. *Journal of Psychological Studies*, 12( 2): 285-106. (Text in persian)
- Ivanova,E., Lindner,P., Ly,K., Dahlin,M., Vernmark, G., Per C (2016).Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial.*Journal of Anxiety Disorders*, 44(2): 27-35.
- Javier F. & CarrascosoL.(2000). Acceptance and commitment therapy in panic disorderwith study.*Colegio Oficial de psicologos*,4(1):120-128.
- Puklek, M. (2014). Social anxiety in slovene adolescence: Psychometric properties of a new measure, age differences and relations with self-consciousness and perceived incompetence. *European Review of Applied Psychology*, 50(1):249-258.
- Shannon, J. (2012). *The Shyness and Social Anxiety Workbook for Teens: Cbt and act skills to help you build social confidence*. Oakland: Instant Hel
- Sharp K.( 2012 ). A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *Int J Psychol & Psychol Ther*, 12(3): 359-372.
- Shafiabadi, Abdollah & Nasserri, Gh (2013). *Theories of counseling and psychotherapy*. Tehran University Publishing Center (Text in persian).
- Scott Herbert M., Lin Liu P., Thomas R. K., Williams, Eraly. S., Cathy N., Mark Bondi, J & et al (2016). Telehealth versus in-person acceptance and commitment therapy for chronic pain: A randomized noninferiority trial, *The Journal of Pain*, In Press, Corrected Proof, Available online 9 November
- Shirmohammadi F., Kakavand A., Sadeghi M. & Hozani R (2016). The mediating role of referential thinking in the relation between perfectionism and social anxiety, *Journal of Psychological Studies*, 12( 2): 108-129 (Text in persian).
- Swain J., Hancock K., Hainsworth C., Bowman J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33( 8): 965-978.
- Vowles K., Fink B., C. & Cohen L (2014). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3( 2):74-80.
- Wersebe H., Lieb R., Andrea H., Jürgen Hoyer M., Wittchen, Andrew T. (2016). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and

Commitment Therapy InterventionT, *Journal of Contextual Behavioral Science*,  
In Press, 6(1): 63-70.

Yaghoobi K. Sohrabi F. & Mofidi, F. (2011). Study and comparison of aggression in  
divorce and normal children, *Journal of Psychological Studies*,14(1): 97-110  
(Text in persian).

Zand Karimi Gh., Yazdi S.M. & Khosravi Z. (2016). Decision making and special  
attention in major depressive disorder and generalized anxiety. *Journal of  
Psychological Studies*,12(4):7-24 (Text in persian).





---

**The Effectiveness of Group Training Based on  
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)  
on Aggression and Anxiety in Patients with  
Panic Disorder**

---

Tayebeh Malmir\*, Hossein Ebrahimi Moghadam\*\*,  
Faribaa Rahmani\*\*\* & Zahra Ramezan Alizadeh\*\*\*\*

**Abstract**

This study aimed to investigate the effectiveness of group training based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression and anxiety in patients with panic disorder. The study design was semi-experimental research with pretest - posttest and control group. For this purpose, the sample was randomly included in two experimental (10 subjects) and control (10 subjects) groups by convenient sampling method from patients aged 20 to 40 years who referred to some counselling centers and psychiatric clinics of Tehran for treatment in 2015 who suffered from panic disorder using the clinical diagnosis of the attending psychiatrist and through Spielberger Anxiety Scale and Buss-Perry Aggression questionnaire. Then, the experimental group received the intervention based on Acceptance and Commitment Therapy for 6 session of 90 minutes, and the control group received no intervention. After finishing the training course, the questionnaires were re-implemented in both groups and data from pretest, posttest were analyzed by covariance statistical method.

---

\* PhD student counseling, Islamic Azad University Roodehen Branch, yang Researchers and Elite Club Roodehen Branch, Iran

\*\* Associate Professor, Islamic Azad University Branch Roodehen

\*\*\* Student Counseling, Islamic Azad University Branch Roodehen Roodehen Branch, yang Researchers and Elite Club Roodehen Branch, Iran

\*\*\*\* PhD student counseling, Islamic Azad University Branch Tehran markaz

received: 2016-10-14

accepted :2017-12-12

DOI: 10.22051/psy.2017.10338.1258

Abstracts .....

The results showed a significant difference between the scores of both groups in terms of the effect of group training based on Acceptance and Commitment Therapy. According to the results, group training based on Acceptance and Commitment Therapy can be used as an effective and efficient method with applicability in improving anxiety and aggression in patients with panic disorder.

*Keywords: Anxiety, aggression, acceptance and commitment therapy, panic disorder.*

